

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Sectio Caesararum**

###### **a. Pengertian**

*Sectio caesarea* berasal dari bahasa latin yaitu *caedere* yang artinya memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, *sectio caesarea* mengarah pada pembedahan untuk mengeluarkan bayi melalui dinding perut dan rahim (Todman, 2007; Lia et.al, 2010).

*Sectio caesarea* merupakan jalan alternatif dalam menyambut bayi sekaligus sebagai tindakan penyelamatan melalui pembedahan dalam kasus yang riskan. (Wahyudi, 2014).

*Sectio caesarea* adalah proses melahirkan bayi melalui insisi pada dinding abdomen (lapartomi) dan dinding uterus (histerektomi) (Cunningham et.al, 2012).

###### **b. Etiologi**

Etiologi *sectio caesararum* menurut Amin & Hardi (2013) dibagi menjadi tiga yaitu :

###### **1) Etiologi yang berasal dari ibu**

Penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu dapat meliputi sejarah kehamilan dan persalinan ibu yang buruk, terdapat kesempitan panggul, disporsi panggul, *solusio placenta*

tingkat I-III, komplikasi saat kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit, dan gangguan perjalanan persalinan (Manuaba, 2012).

2) Etiologi yang berasal dari janin

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), adapun etiologi berasal dari janin yaitu *fetal distress* atau hawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, *forceps ekstraksi* atau kegagalan persalinan vakum.

3) Etiologi yang berasal dari kontra

Etiologi yang berasal dari kontra yaitu infeksi intrauterine, janin mati, dan syok atau anemia berat yang belum diatasi juga kelainan berat.

c. Patofisiologi

Terdapat beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak lahir normal atau spontan sehingga membutuhkan tindakan pembedahan, misalnya disebabkan oleh panggul sempit, plasenta previa disproporsi *cephalo pelvic*, reapture uteri yang mengancam, partus lama atau tidak maju, preeklamsia, dan malpresentasi janin. Proses operasi diawali dengan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan intoleransi aktivitas. Selain itu, efek anestesi dapat menyebabkan konstipasi. Pada proses pembedahan akan dilakukan

tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya jaringan merangsang area sensorik yang menyebabkan gangguan rasa nyaman yaitu nyeri.

Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post sectio caesarea, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menyebabkan resiko infeksi. Pada saat post partum mengalami penurunan hormon progesteron dan estrogen akan terjadi kontraksi uterus dan involusi tidak adekuat sehingga terjadi pendarahan dan bisa menyebabkan risiko syok, Hb menurun dan kekurangan O<sub>2</sub> mengakibatkan kelemahan dan timbul defisit perawatan diri (Nurarif & Kusuma, 2015). Pada pasca bedah terjadi metabolik ekpenditur yang ditandai dengan demam untuk energy perbaikan dan terjadi peningkatan ekskresi nitrogen serta natrium yang berlangsung selama 5-7 hari atau lebih pascabedah.

Kelenjar mammae mampu memproduksi ASI sejak awal kehamilan namun hormone estrogen dan progesterone menghambat kinerja hormon prolaktin dalam memproduksi ASI. Mekanisme ini berjalan hingga sesaat sebelum plasenta dilahirkan. Pada saat dilahirkan, hormone estrogen dan progesterone menurun drastic sehingga hormon prolaktin mensekresikan ASI.

d. Klasifikasi

Klasifikasi *sectio scaesarea* berdasarkan sayatan menurut Mochtar (2011) yaitu sebagai berikut :

1) *Sectio caesarea* klasik (Corporal)

Operasi yang dilakukan dengan insisi memanjang pada korpus uteri.

2) *Sectio caesarea* iskemika (Profunda)

Operasi yang dilakukan dengan menakukan sayatan melintang di segmen Rahim bagian bawah.

3) *Sectio caesarea* ekstrapéritonealis

Operasi yang dilakukan tanpa *peritoneum perietale* sehingga tidak membuka *kavum abdominis*.

e. Penatalaksanaan Gizi Pasca Bedah *Sectio Caesarae*

1) Tujuan Diet

Diet pasca bedah *sectio caesarea* bertujuan untuk mengupayakan agar status gizi pasien optimal sehingga dapat mengatasi stress dan mempercepat proses penyembuhan serta meningkatkan daya tahan tubuh pasien. Selain itu diet bertujuan untuk memberikan tambahan energy bagi pasien pada masa laktasi untuk memproduksi ASI. Diet dilakukan dengan memberikan makanan yang mudah dicerna sesuai kebutuhan dasar energi, protein, dan cairan; menggantikan protein, glukogen, dan zat besi

yang hilang serta memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dan cairan (Almatsier, 2010).

## 2) Syarat Diet

Syarat diet pasca bedah *sectio caesarea* adalah memberikan makanan tinggi energy dan tinggi protein kepada pasien secara bertahap mulai dari makanan cair, saring, lunak, hingga biasa secara hati-hati dengan memperhatikan kemampuan penerimaan pasien (Almatsier, 2010). Syarat diet masa laktasi adalah memberikan tambahan zat gizi pada ibu. Pada ibu menyusui 6 bulan pertama diperlukan tambahan energy +330 kkal, proein +20 gram, lemak +2,2 gram, karbohidrat 45 gram, vitamin C +45 mg, dan kalsium +200 mg.

## 3) Jenis Diet dan Indikasi Pemberian Makan

Menurut Almatsier (2010), Pasien pasca bedah *sectio caesarea* diberikan diet tinggi energy tinggi protein (TETP). Pemberian makan pasca bedah *sectio caesarea* bergantung pada jenis penyakit penyerta. Adapun jenis diet pasca bedah yaitu sebagai berikut :

### a) Diet Pasca Bedah I (DPB I)

Makanan diberikan saat pasien sudah sadar dan terdapat tanda bahwa usus telah bekerja. Makanan diberikan 6 jam setelah pembedahan berupa air putih, teh manis atau cairan lainnya. Makanan jenis ini diberikan dalam waktu sesingkat

mungkin karena kandungan gizi yang terkandung sangat minim.

b) Diet Pasca Bedah II (DPB II)

Makanan diet pasca bedah II diberikan sebagai perpindahan dari DPB I. makanan diberikan dalam bentuk cair kental berupa kaldu jernih, sirup, sari buah, sup, susu dengan rata-rata 8-10 kali sehari selama pasien tidak tidur. DPB II diberikan dalam waktu singkat karena sedikit mengandung zat gizi dan dapat diberikan makanan parental jika diperlukan.

c) Diet Pasca Bedah III (DPB III)

Makanan DPB III diberikan kepada pasien sebagai perpindahan dari DPB II. Makanan yang diberikan berupa makanan saring yang ditambah biskuit dan susu. Pemberian cairan perlu diperhatikan yaitu tidak melebihi 2.000 ml perhari.

d) Diet Pasca Bedah IV (DPB IV)

Pemberian makanan pasien pasca bedah IV berupa makanan lunak yang dibagi dalam tiga kali makan lengkap dan satu kali selingan.

4) Bahan Makanan yang Diperhatikan

Bahan makanan yang dianjurkan bagi pasien pasca bedah *sectio caesarea* yaitu makanan dengan kandungan energy tinggi dan protein tinggi serta tinggi cairan selama masa laktasi. Bahan makanan yang tidak dianjurkan bagi pasien pasca bedah *sectio*

*caesarea* adalah makanan dan minuman yang mengandung karbondioksida dan berbumbu tajam (Almatsier, 2010).

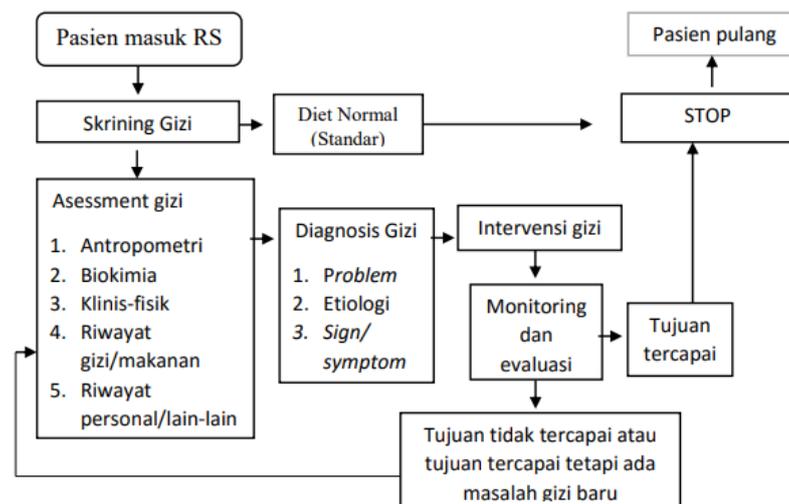
## 2. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Menurut Kemenkes RI (2014) Proses Asuhan Gizi Terstandar merupakan suatu standar proses dalam menyelesaikan masalah gizi secara sistematis sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang efektif, aman, dan berkualitas tinggi. Tujuan proses asuhan gizi adalah membantu pasien menyelesaikan masalah dan mengatasi faktor yang mempengaruhi ketidakseimbangan atau perubahan status gizi.

*Academy of Nutrition and Dietetics* mengembangkan *Nutrition Care Process* (NCP) sebagai standar proses asuhan gizi sehingga asuhan gizi dapat dilakukan melalui proses yang konsisten. *Nutrition Care Process* (NCP) merupakan metode sistematis bagi ahli gizi untuk dapat berpikir kritis dan membuat keputusan dalam menyediakan asuhan gizi yang berkualitas (Laceys & Pritchett, 2003).

*Nutrition Care Process* didesain untuk mendukung praktik berbasis bukti terdiri atas empat langkah yang saling berkaitan antara lain *nutrition assessment*, *nutrition diagnosis*, *nutrition intervention* dan *nutrition monitoring and evaluation* (Charney, 2007). Setiap langkah NCP dideskripsikan dengan *International Dietetics and Nutrition Terminology* (IDNT) sebagai standar bahasa/istilah agar ada keseragaman istilah antar

ahli gizi baik secara nasional maupun internasional (Writing Group of The Nutrition Care Process/ SL Committee, 2008).



(Sumber: Kemenkes, 2013. Pedoman Gizi Rumah Sakit).

Gambar 1. Alur dan Proses Asuhan Gizi pada Pasien

Proses asuhan gizi terdiri dari beberapa langkah secara berurutan yaitu sebagai berikut :

a. Skrining Gizi

Skrining gizi adalah proses cepat untuk mengidentifikasi masalah gizi yang dialami individu atau memiliki risiko masalah gizi. Prinsip dari skrining gizi yaitu sederhana, efisien, cepat, dan spesifikasi tinggi. Skrining dilakukan pertama kali untuk mengetahui resiko pasien terkena malnutrisi (Par'i, 2016). Skrining gizi yang digunakan pada pasien pasca bedah *sectio caesarea* adalah formulir skrining dewasa NRS-2002.

## b. Pengkajian Gizi

Pengkajian gizi atau Assessment gizi adalah sistem pendekatan dalam mengumpulkan, memverifikasi, dan menginterpretasikan data pasien maupun keluarga untuk mengidentifikasi masalah gizi, penyebab, serta tanda/gejala. Tujuan pengkajian gizi adalah mendapatkan informasi yang cukup untuk mengidentifikasi masalah terkait gizi dan membuat keputusan juga menentukan masalah gizi, penyebab, serta tanda/gejala terkait gizi. Pengkajian gizi merupakan dasar untuk menegakkan diagnosis gizi. (Kemenkes RI, 2014).

### 1) Data Antropometri

Antropometri merupakan studi tentang ukuran tubuh manusia meliputi pengukuran dimensi juga komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Dalam ilmu gizi, antropometri berhubungan dengan proses pertumbuhan manusia. Antropometri yang digunakan untuk mengetahui status gizi yaitu tinggi badan, berat badan, lingkaran lengan atas, dll (Par'i, 2016). Pengukuran antropometri dapat digunakan untuk mengetahui status gizi yaitu dengan menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT). Pada pasien yang tidak dapat beranjak dari tempat tidur, penilaian status gizi dapat diketahui dari pengukuran LILA menggunakan rumus :

$$\% \text{Percentile LILA} = \frac{\text{LILA yang diukur (cm)}}{\text{Nilai Standar LILA (cm)}} \times 100 \%$$

Tabel 1. Kategori Status Gizi menurut LILA

Status Gizi	Percentile
Obesitas	>120 %
Overweight	110-120 %
Gizi Baik	85-110 %
Gizi Kurang	70,1-84,9 %
Gizi Buruk	<70 %

Sumber : Fajar, SA (2019)

## 2) Data Biokimia

Data biokimia diperoleh dari data laboratorium didalam rekam medik yang telah tersedia dan menggambarkan fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Data ini digunakan sebagai penunjang diagnosis gizi (Par'i, 2016). Pada pasien *Sectio caesarea* data biokimia dapat meliputi haemoglobin, hematokrit, eritrosit, dan leukosit.

Tabel 2. Pemeriksaan Laboratorium

Data Laboratorium	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12-14 g/dl
Hematokrit	40-48 %
Eritrosit	4,5-5,5 juta/ml
Leukosit	5-10 ribu/ml

Sumber : Almatsier (2010)

## 3) Data Fisik-Klinis

Data fisik-klinis digunakan untuk mengetahui adanya kelainan dari kondisi pasien yang berhubungan dengan

gangguan gizi berdasarkan penampilan fisik serta pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan ini dapat meliputi kondisi kesehatan secara umum, penampilan fisik, kesadaran pasien, kondisi gigi, edema, atau keluhan yang dialami pasien seperti gangguan pencernaan mual muntah, dan nyeri. (Kemenkes, 2013). Pada pasien pasca bedah *sectio caesarea* pemeriksaan penunjang dapat meliputi ASI yang dikeluarkan pasien.

Tabel 3. Nilai Normal Pemeriksaan Klinis

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal
Tekanan Darah	<120/80 mmHg
Suhu	36,0-37,0°C
Nadi	60-100 kali/menit
Respirasi Rate (RR)	14-20 kali/menit

Sumber : Kemenkes RI (2017)

#### 4) Data Riwayat Gizi

Data riwayat gizi dapat diketahui melalui wawancara langsung kepada pasien atau keluarga pasien dan ditulis dalam form riwayat makan. Data riwayat ini digunakan untuk mengetahui kebiasaan makan dan perilaku yang berkaitan dengan makanan dalam periode tertentu. Data yang diperlukan meliputi asupan makan, kesadaran terhadap gizi dan kesehatan, aktifitas fisik, dan ketersediaan makanan. Data asupan makan dapat diketahui dengan metode *recall 24 jam* sedangkan data kebiasaan makan dapat diketahui dengan metode *Semi Quantitative Food*

*Frequency Questionnaire (SQFFQ) (Par'i, 2016). Food Recall 24 jam* adalah asupan makan yang dikonsumsi individu selama 24 jam terakhir. *Semi Quantitative Food Frequency Questionnaire (SQFFQ)* merupakan metode dalam mengetahui gambaran kebiasaan asupan gizi dalam kurun waktu tertentu (Sirajuddin, 2014).

#### 5) Data Riwayat Personal Pasien

Data riwayat personal digunakan untuk mengetahui informasi umum pasien. Data ini meliputi riwayat penyakit pasien atau keluarga, riwayat obat dan terapi medis yang berhubungan, riwayat sosial antara lain tempat tinggal atau terkait sosioekonomi pasien (Par'i, 2016).

#### c. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi adalah proses mengidentifikasi dan memberi nama masalah gizi yang actual, dan atau menyebabkan masalah gizi. Diagnosis bersifat sementara serta sesuai keadaan pasien dan menjadi langkah kritis yang menghubungkan pengkajian gizi dan intervensi gizi. Menurut Anggareni (2012), Diagnosis gizi dikelompokkan menjadi 3 domain yaitu:

1) Domain Intake (NI)

Domain intake merupakan permasalahan gizi yang berhubungan dengan asupan energy, zat gizi, cairan, bahan bioaktif dari asupan makanan secara oral maupun parental.

2) Domain Clinis (NC)

Domain Clinis atau klinis berhubungan dengan fisik-klinis, kondisi medis, dan pemeriksaan laboratorium pasien.

3) Domain Behavioral (NB)

Domain Behavioral atau perilaku yaitu masalah gizi yang berhubungan dengan kebiasaan hidup, perilaku, kepercayaan, lingkungan, dan pengetahuan gizi pasien.

Menurut Kemenkes RI (2014), Diagnosis gizi diuraikan menjadi 3 komponen yaitu :

1) *Problem* (P)

*Problem* atau masalah gizi menggambarkan masalah gizi yang dialami pasien dan dinyatakan dengan terminology diagnosis gizi yang telah dibakukan. Berdasarkan masalah tersebut maka dapat dibuat tujuan dan target intervensi gizi yang lebih realistis dan terukur. Dari penetapan tujuan dan target tersebut dapat ditetapkan prioritas intervensi dan pemantauan serta evaluasi perubahan yang terjadi.

## 2) *Etiology* (E)

*Etiology* atau penyebab masalah gizi menunjukkan faktor-faktor yang berkontribusi dalam terjadinya masalah gizi. Faktor penyebab dapat berkaitan dengan patofisiologi, psikososial, lingkungan, perilaku, dan sebagainya. Penetapan etiologi harus dilakukan secara hati-hati sebab masalah gizi dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Etiologi merupakan dasar dari penentuan intervensi yang harus dilakukan.

## 3) *Sign and Symptoms*

*Sign and Symptoms* atau tanda dan gejala merupakan pernyataan yang menggambarkan besarnya atau kegawatan pasien. Tanda ini umumnya merupakan data obyektif sementara gejala merupakan data subyektif.

## d. Intervensi Gizi

Intervensi gizi merupakan tindakan terencana yang berkaitan dengan merubah perilaku, kondisi lingkungan, atau aspek-aspek kesehatan individu untuk menanggulangi masalah. Sasaran intervensi dapat bersifat individu (pasien, keluarga atau pengasuh) maupun kelompok. Tujuan intervensi gizi yaitu mengatasi masalah yang teridentifikasi melalui perencanaan dan implementasi. Dalam intervensi gizi, terdapat 2 komponen yang saling berkaitan, yaitu :

### 1) Perencanaan

Perencanaan yang dilakukan berhubungan dengan pemberian makan untuk mengatasi masalah gizi. Intervensi diarahkan untuk menghilangkan *problem* gizi. Bila etiologi tidak dapat ditangani maka intervensi direncanakan untuk mengurangi *sign and symptoms*.

### 2) Implementasi

Implementasi merupakan bagian penting intervensi yang melaksanakan dan mengomunikasikan rencana asuhan gizi pasien dan tenaga kesehatan lain. Setelah dilakukan implementasi, akan dilakukan monitoring untuk mengetahui respon pasien (Par'I, 2016).

### e. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring merupakan kegiatan pengawasan terhadap pasien, sedangkan evaluasi merupakan kegiatan membandingkan hasil intervensi dengan rujukan standar. Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien terhadap hasil yang diharapkan. (Par'i, 2016). Monitoring dan evaluasi asupan makan dilakukan dengan menggunakan metode *food weighing* untuk mengetahui berat sisa makanan dan *visual comstock* atau perhitungan sisa makanan. Metode ini tidak membutuhkan waktu banyak dan relatif

mudah dilakukan (Susyani, 2005). Recall juga dilakukan untuk mengetahui asupan makan pasien dari luar RS. Bila tujuan intervensi belum tercapai atau timbul masalah baru saat evaluasi maka perlu di adakan peninjauan kembali terhadap proses asuhan gizi pasien (Anggraeni, 2012).

## **B. Landasan Teori**

*Sectio Caesarea* merupakan cara untuk mengeluarkan bayi dengan membuat sayatan pada dinding Rahim melalui abdomen perut (Nurarif & Kusuma, 2015). Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) merupakan suatu standar proses dalam menyelesaikan masalah gizi secara sistematis sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang efektif, aman, dan berkualitas tinggi (Kemenkes RI, 2014).

Proses Asuhan gizi dilakukan secara berurutan menyesuaikan perkembangan pasien pasca bedah *sectio caesarea* dimulai dari pasien masuk rumah sakit dilakukan skrining gizi menggunakan formulir dewasa NRS-2002. Pengkajian gizi yang dilakukan meliputi Antropometri : penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi, pengukuran lingkar lengan atas dan penentuan status gizi menggunakan indeks massa tubuh atau menggunakan %percentile LILA. Pencatatan data biokimia dari rekam medik pasien meliputi hemoglobin, hematokrit, eritrosit, eritrosit, da leukosit. Fisik/klinis dapat dilakukan dengan pengamatan langsung mengenai kondisi pasien, wawancara langsung kepada

pasien terkait keluhan ,dan pencatatan tanda vital pasien serta pemeriksaan penunjang seperti ASI.

Riwayat makan diketahui melalui wawancara langsung kepada pasien atau keluarga pasien meliputi kebiasaan makan menggunakan formulir SQFFQ dan asupan zat gizi menggunakan *recall* 24 jam. Riwayat personal dan lain-lain terkait riwayat penyakit keluarga, status social, dan ekonomi pasien diketahui melalui wawancara langsung. Diagnosis dibuat sesuai masalah gizi, penyebab serta tanda dan gejala yang berkaitan dengan pasca bedah *sectio caesarea*.

Intervensi yang dilakukan mencakup perencanaan intervensi yang berisi : tujuan diet, jenis diet yang diberikan tinggi energy tinggi protein sesuai keadaan pasien, perhitungan kebutuhan gizi, menu, dan pemberian edukasi gizi terkait keadaan pasien. Pemberian diet juga bertujuan untuk memproduksi ASI bagi ibu di masa laktasi

Monitoring perkembangan pasien pasca bedah *sectio caesarea* dilakukan terkait pemberian asuhan gizi selama minimal 3 hari meliputi pengukuran hasil asuhan gizi : pengukuran antropometri (berat badan dan status gizi), pemantauan perubahan nilai laboratorium dari rekam medik terkait pasca bedah *sectio caesarea*, pemantauan fisik/klinis pasien, memantau tingkat konsumsi pasien menggunakan metode *food weighing* dan *visual Comstock* serta recall makanan dari luar RS dibandingkan dengan standard porsi rumah sakit. Hasil monitoring dan evaluasi dicatat pada rekam medik pasien dan dilaporkan perkembangannya, serta dihitung rata-rata perubahan selama asuhan gizi dilakukan untuk mengetahui apakah pengkajian ulang perlu dilakukan.

### C. Pertanyaan Penelitian

1. Apakah ada resiko malnutrisi berdasarkan hasil skrining pasien Post SC G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> 40-41 mgg *Post Term, Insufiensi Placenta*, HT Pra Induksi?
2. Apakah ada kondisi tidak normal berdasarkan pengkajian gizi antropometri, biokimia, fisik-klinis dan riwayat makan pasien Post SC G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> 40-41 mgg *Post Term, Insufiensi Placenta*, HT Pra Induksi?
3. Apa saja *problem, etiology, dan symptom/sign* berdasarkan diagnosis gizi pada pasien Post SC G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> 40-41 mgg *Post Term, Insufiensi Placenta*, HT Pra Induksi ?
4. Bagaimana preskripsi diet berdasarkan intervensi gizi pasien Post SC G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> 40-41 mgg *Post Term, Insufiensi Placenta*, HT Pra Induksi ?
5. Bagaimana keberhasilan intervensi berdasarkan monitoring dan evaluasi pasien Post SC G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> 40-41 mgg *Post Term, Insufiensi Placenta*, HT Pra Induksi ?